

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

135

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Janvier 1898, à 1 heure.

PAR

Edouard LAIZÉ

Né à Rennes, le 9 Février 1872

ÉTUDE

SUR

LES ABCÈS ENKYSTÉS PÉRITONÉAUX
SECONDAIRES
DANS L'APPENDICITE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. BERGER, professeur.

MAYGRIER et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Janvier 1898, à 1 heure.

PAR

Edouard LAIZÉ

Né à Rennes, le 9 Février 1872

ÉTUDE

SUR

LES ABCÈS ENKYSTÉS PÉRITONÉAUX
SECONDAIRES
DANS L'APPENDICITE

*Président : M. GUYON, professeur.**Juges : MM. BERGER, professeur.*

MAYGRIER et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N
	PINARD.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RETTERRER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARPIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
SILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le professeur Guyon

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Institut

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux, au début de ce travail inaugural, de pouvoir offrir nos hommages de reconnaissance aux maîtres dévoués qui nous ont guidé dans nos études médicales. C'est pour nous un grand honneur d'écrire leurs noms en tête de cette étude ; qu'ils veuillent bien nous permettre de leur dédier ce travail comme un faible témoignage de gratitude pour tout ce que nous devons à leur science et à leur dévouement.

Nous dédions ces pages :

A nos premiers maîtres de l'école de médecine de Rennes et particulièrement à M. le D^r Bertheux, qui fut toujours pour nous un guide distingué et un ami dévoué.

A Monsieur le P^r Le Dentu et à Monsieur le D^r Merklen, qui nous ont accueilli dans leurs services avec beaucoup de bienveillance à notre arrivée dans les hôpitaux de Paris.

A Monsieur le D^r Récamier et à M. le D^r Hallé, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne pendant

notre séjour à l'hôpital Saint-Michel, et à qui nous devons l'idée première de notre étude. Nous sommes heureux de rendre hommage ici à la constante bienveillance qu'ils nous ont témoignée, soit pendant la durée de notre service sous leur direction, soit pendant toute la préparation de ce travail.

A Monsieur le professeur Guyon, membre de l'Institut, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.



INTRODUCTION

Pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Michel, nous avons eu l'occasion de soigner et de suivre pendant tout le cours d'une longue maladie un de nos bons camarades, externe des hôpitaux. Nous tenons à lui adresser nos remerciements pour nous avoir permis de publier son observation si instructive et si intéressante : elle sert de base à notre étude sur les abcès péritonéaux secondaires dans l'appendicite.

Une appendicite survient ; le chirurgien a ouvert l'abcès primitif péri-appendiculaire, s'il en existe un déjà, et réséqué l'organe malade ; ou bien, l'appendicite paraît avoir cédé au traitement médical. Le pronostic semble des plus favorables, et l'on s'attend à une guérison prochaine. Le médecin, lui, doit faire des réserves et connaître ces cas nombreux d'abcès secondaires *à distance* qui ont fait le sujet de tant de discussions dans les sociétés savantes.

Chez ce malade, en voie de guérison, la fièvre redouble soudainement, le pouls devient rapide, le faciès terne et les yeux excavés ; en un mot, il y a une

série de symptômes de septicémie, qui doivent faire penser à une suppuration secondaire. Quelquefois même ces symptômes font défaut et le ballonnement du ventre est le seul signe de la complication (observation du D^r Routier). Ces abcès se localisent dans une région plus ou moins éloignée du foyer infectieux. Nous rencontrons alors ces exemples d'abcès de la paroi abdominale, du foie, de la plèvre, de l'endocarde, de l'encéphale, des parotides, de la rate, mais surtout du péritoine. Ces suppurations multiples à distance démontrent bien l'importance clinique de la question ; mais nous nous bornerons seulement aux abcès péritonéaux qui sont, évidemment, les plus fréquents.

Après quelques mots d'historique et quelques considérations anatomo-pathologiques sur le siège, le volume, la constitution de ces abcès, nous traiterons successivement la pathogénie, la symptomatologie, la bactériologie, le pronostic, le diagnostic et la terminaison ; puis, enfin nous essaierons de donner quelques considérations sur le traitement chirurgical de ces abcès.



CHAPITRE PREMIER

Historique

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons dès le début séparer complètement l'abcès péri-appendiculaire de l'abcès à distance. Le premier est primitif, voisin de la lésion ; le second, au contraire, est secondaire et siège toujours dans une partie du péritoine plus ou moins éloignée de l'appendice vermiculaire. Aussi, dans tout le cours de ce travail sur les collections secondaires, nous ne nous occuperons pas un seul moment des suppurations enkystées de la fosse iliaque droite.

On n'a guère étudié les abcès secondaires d'origine appendiculaire avant 1886. Ils avaient été signalés bien auparavant (Mestivier, *Jour. de méd. et chir.* 1759) sans pouvoir les rattacher à leur véritable origine. Même en 1885, Blocq rapporte cinq observations de phlegmons sous-péritonéaux de la région supérieure du foie ; il relate dans sa description tous les symptômes de l'appendicite aiguë, que l'on ignorait alors ou

tout au moins que l'on connaissait très mal; aussi Blocq ne sait quelle étiologie leur donner.

C'est alors que les travaux nombreux faits depuis 1886 sur l'inflammation de l'appendice jetèrent la lumière sur ces collections survenant sans cause apparente. Deschamps, dans sa thèse sur la péritonite péri-hépatique enkystée, signale plusieurs cas d'abcès du péritoine hépatique d'origine appendiculaire. Les années suivantes, Ramadan, Margery, Croizat, Sallet apportent de nouveaux exemples de localisations suppurées secondaires. En outre, en lisant les comptes rendus des diverses sociétés savantes, on rencontre des observations éparses se rapportant à notre sujet (Société de médecine interne de Berlin, de médecine et de chirurgie de Londres, Société de chirurgie de Paris, etc.).

Enfin, nous voulons mentionner spécialement un travail remarquable fait par Piard en 1896 sur les suppurations à distance dans l'appendicite, travail qui nous a paru éclairer largement cette question encore neuve.



CHAPITRE SECOND

Considérations anatomo-pathologiques

Siège. — Nombre. — Volume. — Poche

1° Siège et nombre. — Nous suivrons pour classer les abcès péritonéaux enkystés au point de vue de leur siège, la division adoptée par la plupart des auteurs classiques pour le péritoine lui-même. On partage le péritoine en deux étages.

a). L'étage inférieur ou péritoine sous-ombilical, tapissant tour à tour la paroi antérieure de l'abdomen, la cavité pelvienne et la paroi abdominale postérieure.

b). L'étage supérieur ou péritoine sus-ombilical prenant à la paroi antérieure de l'abdomen au niveau de l'ombilic, se réfléchissant ensuite sous la voûte diaphragmatique et se prolongeant dans l'arrière-cavité des épiploons.

Partant de cette division, il nous est possible de classer les abcès enkystés, de siège si varié, en les partageant en deux grands groupes : sus et sous-ombilicaux, tout en réservant un troisième paragraphe aux abcès à localisations multiples.

A. Abcès enkystés du péritoine sous-ombilical.

— Si nous partons de l'ombilic en descendant vers la cavité pelvienne, nous rencontrons une première localisation décrite surtout par le Dr Brun : « Un siège de prédilection de ces foyers secondaires, dit-il, me paraît être la partie interne et la plus inférieure de la région cœcale, en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie ; et, je crois que dans toute opération d'appendicite enkystée, il est prudent de se préoccuper de l'existence de ce foyer si l'on ne veut pas s'exposer à faire une opération incomplète. » Le point exact de ce foyer est ainsi nettement indiqué et surtout facile à atteindre avec le doigt par le décollement, quand les adhérences ne sont pas trop résistantes.

Pénétrons ensuite avec le péritoine dans le petit bassin. Pour cette localisation, nous avons une observation intéressante du docteur Kirmisson insistant sur la présence d'une collection purulente considérable dans la cavité pelvienne. Le toucher vaginal et le toucher rectal, dont il sera question au chapitre de la symptomatologie, permettent de se faire une idée suffisamment exacte du siège de ces fusées purulentes. Elles baignent les organes génitaux de la

femme, entourent le rectum et peuvent même s'ouvrir spontanément un passage par cette voie, comme l'ont montré quelques observations publiées.

Enfin, en remontant le long de la paroi abdominale postérieure, nous trouvons un certain nombre d'exemples d'abcès enkystés de la fosse iliaque gauche. Nous laissons de côté ceux de la fosse iliaque droite que nous considérons comme des abcès primitifs péri-appendiculaires.

B. Abcès enkystés du péritoine sus-ombilical.

Bien que, dans nos recherches, nous ayons trouvé les localisations sus-ombilicales moins nombreuses, elles présentent cependant quelques variétés intéressantes : l'abcès sous-phrénique, l'abcès sous-hépatique, l'abcès lombaire.

L'abcès sous-phrénique est très souvent d'origine appendiculaire. Besredka, dans sa thèse, donne comme proportion, 26 cas pour 150 collections sous-diaphragmatiques. Ces abcès siègent le plus souvent à droite, plus rarement à gauche et présentent la forme d'un hémisphère régulier à voûte diaphragmatique, à base hépatique. Le diaphragme est refoulé plus ou moins haut suivant les dimensions de la tumeur. Bossi et Buzinelli ont observé un cas où ce muscle était remonté jusqu'au deuxième espace intercostal.

Quant à l'abcès sous-hépatique, il peut se développer des deux côtés du sillon transverse, lieu de réflexion des deux feuillets constitutifs du petit épi-

ploon qui s'écartent l'un de l'autre pour s'étaler sur la face inférieure du foie. Il peut arriver que l'abcès se localise non plus sous le foie proprement dit, mais dans ce diverticulum péritonéal que les anatomistes appellent l'arrière-cavité des épiploons. Nous avons pu trouver un exemple de collection enkystée en arrière de l'estomac. « Je dois dire, ajoute le docteur Routier après la lecture de son observation à la Société de chirurgie, qu'une laparotomie secondaire ne m'aurait probablement pas permis de découvrir cet abcès, car le diagnostic de ce siège me paraît impossible à établir. »

Un autre siège de prédilection pour les abcès sus-ombilicaux est la région lombaire. Ils prennent des allures de collections périnéphritiques et le diagnostic devient extrêmement délicat. Quelquefois ils se localisent immédiatement sous le rein, ils sont sous-néphritiques et simulent la pyonéphrose et la pyélonéphrite. Le palper bi-manuel est d'un grand secours pour diagnostiquer le siège de ces abcès.

Il nous reste encore à mentionner parmi les localisations les plus habituelles l'angle du colon ascendant et du colon transverse. Nous avons trouvé deux observations constatant ce siège, toutes les deux prises chez des enfants.

C. Abcès à localisations péritonéales multiples.
— Ce genre nous paraît devoir former une classe à part. C'est une forme intermédiaire à la péritonite

enkystée et à la péritonite généralisée. La caractéristique de cette forme, suivant le docteur Nélaton, c'est la présence d'un foyer cœcal complètement séparé d'autres foyers : pelvien, lombaire, etc..., également circonscrits par des adhérences. Nous avons trouvé dans les comptes-rendus de la Société de chirurgie un très bel exemple de ces localisations multiples : un foyer cœcal primitif, et consécutivement deux autres foyers, l'un pelvien, l'autre iliaque gauche.

La multiplicité des sièges de ces suppurations secondaires mérite de fixer l'attention. S'il y a des sièges de prédilection pour la localisation de ces suppurations à distance, on voit cependant qu'elles ont été rencontrées dans presque tous les points de la cavité péritonéale. Les signes locaux sont donc variables et incertains ; les symptômes généraux doivent suffir à éveiller l'attention et à les faire méthodiquement rechercher.

2^o *Volume*. — Le volume de ces abcès varie autant que leur siège. Les uns ne contiennent que quelques gouttes de pus collectées entre les anses grêles agglutinées par de fausses membranes ; les autres laissent échapper une ou plusieurs cuillerées de pus ; enfin nous rencontrons les vastes cavités sous-diaphragmatiques décrites par Eisenlorh et Stacke. Ces variations de volume peuvent s'expliquer d'abord par l'intensité plus ou moins considérable de l'infection, suivant le degré de virulence du *bacterium coli* et du *strepto-*

coque : ensuite par la constitution histologique si variable des parois de la poche. Les dispositions anatomiques affectées, suivant les régions, par la séreuse péritonéale qui forme de nombreux mésos, replis, fossettes variés en étendue et en limite, gouvernent principalement le volume et la forme de ces collections.

3° *Poche*. — Toute inflammation péritonéale provoque des adhérences dans son voisinage. Aussi ces abcès se présentent comme des péritonites enkystées par les fausses membranes qui se développent, agglutinant les viscères entre eux et mettant un obstacle à une inondation péritonéale. Les adhérences entre les anses de l'intestin grêle, résultat de la formation de ces membranes, sont quelquefois telles que l'on ne doit pas songer à les décoller sous peine de s'exposer à des fistules stercorales et même à des éraillures et déchirures des parois intestinales.

En somme, la poche de tous ces abcès est constituée par des membranes inflammatoires, très adhérentes et développées entre les anses grêles, la vessie, le diaphragme, le foie, l'estomac et les épiploons.



CHAPITRE TROISIÈME

Pathogénie

Il nous faut essayer d'expliquer ceci : Par quel mécanisme se produisent les abcès péritonéaux secondaires à distance ?

Evidemment, *a priori*, c'est par l'intermédiaire de l'infection générale du péritoine. Cette infection a pour cause, soit une perforation de l'appendice soit une infiltration des liquides septiques à travers cet organe. La migration microbienne est facilitée par l'inflammation et l'irritation du diverticule vermiculaire dont les parois sont distendues et paralysées par le fait même de ce processus inflammatoire. (Verchère).

Les microorganismes sont donc passés dans la cavité péritonéale : la séreuse abdominale s'infecte.

Si l'infection est brusque, abondante, très virulente, c'est la péritonite aiguë généralisée et rapidement mortelle.

Si l'infection est lente, peu abondante, peu viru-

lente, c'est une péritonite localisée, péri-appendiculaire et enkystée par des fausses membranes.

Voilà les deux extrêmes, et ce sont les cas intermédiaires qui produisent les abcès secondaires que nous avons en vue.

On peut admettre plusieurs hypothèses pour expliquer leur formation.

a) Les microbes pathogènes, qui ont envahi la séreuse, sont peu nombreux et peu septiques ; la marche de l'infection se propage petit à petit ; l'organisme lutte contre l'invasion et les leucocytes s'efforcent de dévorer, d'anéantir l'agent envahisseur. En somme, l'infection est générale mais peu virulente. Il y aura résolution, si les globules blancs sont vainqueurs. Mais, si les partis sont de forces égales, si la victoire est indécise, la lutte s'arrête, les fausses membranes s'organisent, l'invasion est limitée, les microbes prennent, pour ainsi dire, leurs cantonnements. En certains points, les exsudats inflammatoires aboutissent à la suppuration et l'abcès secondaire se trouve ainsi constitué.

b). — Au lieu de cette infection peu virulente, admettons un début de péritonite généralisée, très septique. Le chirurgien est intervenu à temps ; il a réséqué l'appendice, fait la toilette du péritoine avec le plus grand soin et établi un drainage parfait. L'infection est enrayée, et pendant quelques jours, le

malade paraît être dans la voie de la guérison. Puis vers le sixième jour par exemple, il présente des symptômes d'abcès secondaire. Nous croyons pouvoir expliquer cette complication en disant que la désinfection péritonéale n'a pas été complète. Il est resté au loin des germes en petit nombre, d'abord disséminés, qui secondairement ont pullulé et donné lieu à une collection purulente.

c). — S'il existe un foyer de suppuration primitif péri-appendiculaire, il nous est permis de faire intervenir les voies péritonéales, lymphatiques et veineuses partant de ce foyer, pour expliquer une complication secondaire.

« En effet, dit Piard, l'anatomie pathologique montre entre les abcès péritonéaux des trainées de péritonite plastique témoignant de la participation de toute la séreuse à l'infection qui la touche : en certains points où le processus semble se concentrer, il aboutit à la suppuration ; en d'autres, il ne peut créer que des fausses membranes ». Cette voie péritonéale est donc un fait acquis.

L'infection à distance par les lymphatiques est certaine également. Elle a lieu soit par le tissu sous-péritonéal, soit par les vaisseaux chylifères qui se déversent dans la grande circulation au moyen du canal thoracique.

Enfin la voie veineuse produit surtout les abcès

hépatiques, car les veines appendiculaires se rendent à la mésentérique supérieure, et de là dans la veine porte. On a affaire alors à de la métastase pyohémique.



CHAPITRE QUATRIÈME

Symptomatologie

Nous pouvons envisager au point de vue de la symptomatologie deux ordres de phénomènes : les symptômes généraux communs à toutes les suppurations et les symptômes locaux particuliers à chaque région où se localise l'abcès,

1^o Symptômes généraux. — Toute collection purulente en voie de formation se traduit par une série d'indices, bénins ou graves, qui met promptement sur la route du diagnostic. Ces symptômes sont dus à la nature infectieuse de l'abcès. Les microbes pyogènes, étant plus ou moins virulents, plus ou moins nombreux, l'état général variera évidemment d'intensité. La fièvre, les frissons, le malaise, la courbature, la céphalalgie, l'état gastrique, tel est le cortège ordinaire des différentes suppurations. Il faut remarquer que ces symptômes sont beaucoup plus prononcés dans les collections profondes et surtout péritonéales. Le péritoine est d'une sensibilité extrême pour tout

agent infectieux. Lorsqu'il est atteint, aussitôt le malade revêt cet ensemble caractéristique qui lui donne cet aspect que l'on a appelé le facies péritonéal ou abdominal.

La cause de ces symptômes généraux on la trouve surtout dans la réaction vive par laquelle l'organisme cherche à se débarrasser des microbes pathogènes qui l'ont envahi. « Aussi se calment-ils dès que la collection purulente s'est formée. En même temps, la tuméfaction jusqu'alors tendue et résistante s'est tout à coup ramollie, devient pâteuse, puis plus tard fluctuante. C'est que l'organisme a remporté une première victoire ; et l'établissement de la membrane pyogénique n'est autre chose que la formation d'une barrière, fragile encore, destinée à isoler du péritoine entier l'agent infectieux et les toxines qu'il secrète. » (Ricard).

Les symptômes généraux cèdent alors la place aux symptômes locaux dont nous allons aborder l'étude.

2° *Symptômes locaux.* — Les symptômes généraux, quand ils sont bien nets et bien tranchés, suffisent à faire diagnostiquer une collection purulente en voie de formation. Puis l'abcès se forme, se localise ; et alors, pour le traitement, le chirurgien est dans la nécessité absolue de rechercher le plus exactement possible le siège de la suppuration. La palpation, le toucher, la percussion, l'auscultation même : tels sont

les moyens dont on dispose pour fixer le siège exact de l'abcès péritonéal.

a) *Palpation.* — Palpation et toucher sont quelquefois pris comme synonymes. Pour nous, le toucher conserve la signification qu'on lui donne en obstétrique ; palpation désigne l'exploration qui consiste à appliquer les doigts ou la main entière sur les parties extérieures du corps pour apprécier la consistance, l'élasticité, la mobilité, la température et la sensibilité des divers organes.

La palpation abdominale devant explorer des régions situées profondément, devra exiger une certaine force unie à beaucoup de souplesse et de douceur. « Après avoir, par une série de pressions ménagées, accoutumé les parties au contact des mains, on pénètre progressivement dans la profondeur. Alors, par des explorations dirigées en divers sens, on tâche de reconnaître la consistance, la forme et les dimensions des organes qu'on a sous les doigts. En faisant cette recherche, on aura soin de ne jamais perdre de vue les données de l'anatomie normale, en se rappelant ce qui devrait être comparativement à ce qui est » (Barth). C'est ainsi que l'on arrive à percevoir le siège d'un abcès enkysté péritonéal. On trouve alors une induration rénitente, un peu pâteuse, à bords diffus, à forme arrondie ou irrégulière et souvent très sensible au palper.

Nous tenons à mentionner tout particulièrement

la palpation bi-manuelle, absolument utile dans les cas d'abcès non seulement lombaires, mais aussi sous-hépatiques. Cette palpation a été l'objet de recherches approfondies de la part de M. le professeur Guyon au sujet de l'exploration rénale, et notre maître M. le Docteur Récamier en parle ainsi : « La main postérieure a pour mission de soutenir la région lombaire, la main antérieure, sur la paroi antéro-latérale de l'abdomen, déprime les tissus. Dans cette exploration, les deux mains se fournissant réciproquement un point d'appui, arrivent à des notions bien plus précises que celles que l'on acquiert en palpant successivement d'un côté, puis de l'autre. »

La palpation bimanuelle est également utile pour le diagnostic différentiel.

Si la tumeur est immobile dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, elle est péricéphrénétique ; si, au contraire, elle s'abaisse et s'élève dans ces deux mouvements, elle est dépendante du foie. Nous ne devons pas, cependant, exagérer la valeur de ce signe. Il n'est vrai que pour les vraies tumeurs, et très peu pour les tumeurs inflammatoires. L'inflammation péritonéale, douloureuse, a le plus souvent pour effet d'immobiliser presque complètement la région.

Dans tous les cas, on parvient ainsi à obtenir une sensation profonde de résistance et même quelquefois de fluctuation assez nette pour guider l'intervention chirurgicale. Cette fluctuation est très difficile à percevoir dans ces cas d'abcès péritonéaux ; d'ail-

leurs le chirurgien ne doit pas attendre cette sensation de flot pour agir ; ce qui en diminue la valeur symptomatologique. Mais là où une main peu exercée ne reconnaît souvent qu'un empatement, un doigt plus habile démasquerait la fluctuation. La surcharge adipeuse, considérable parfois, suffit à masquer entièrement les parties profondes ; à cet obstacle se joint l'effort des parois musculaires plus ou moins contractées très difficile à vaincre chez la plupart des malades ; on n'y arrive qu'en conseillant des mouvements de respiration larges et profonds pour permettre de pénétrer plus avant à chaque inspiration. Les abcès à fusées pelviennes sont les seuls où la fluctuation puisse être perçue d'une façon bien nette, et nous allons en parler dans le paragraphe suivant.

b). *Toucher*. — L'abcès péritonéal s'établit d'emblée dans le péritoine pelvien, ou bien il fuse petit à petit vers les parties déclives du petit bassin. Au point de vue du diagnostic et du traitement, on se rend compte de suite de l'importance de cette méthode d'exploration. Le manuel opératoire des touchers vaginal et rectal est trop connu pour que nous insistions. Le doigt introduit dans le vagin tombe sur une tumeur qui efface les culs-de-sac, immobilise l'utérus, le dévie de sa position normale. Nous verrons plus loin combien est difficile alors le diagnostic avec une pelvi-péritonite ou une salpingite dans les cas d'abcès pelviens à marche aiguë.

On ne doit pas oublier de combiner au toucher le palper. Cette méthode mixte renseignera sur les rapports, les dimensions et le degré de maturité du foyer dont il affirmera ainsi l'existence, dans les cas où les autres moyens resteraient insuffisants.

On a discuté longuement à la Société de Chirurgie pour savoir si les touchers vaginal et rectal devaient être faits constamment avant de pratiquer la laparotomie. Ce moyen explorateur pouvant fournir des données exactes sur le siège de l'abcès et éviter ainsi des surprises après l'incision du péritoine, nous croyons devoir nous ranger à l'avis de M. le Dr Tuffier qui recommande de ne jamais commencer l'opération sans pratiquer le toucher.

c) *Percussion*. — La matité anormale, fournie par la percussion sur le siège de l'abcès, aide également beaucoup le chirurgien dans son diagnostic. Une absence de sonorité là où l'on sait qu'elle existe normalement, éveille l'attention. La percussion trouve surtout une application très utile pour les abcès sous-diaphragmatiques. Le caractère, intéressant selon Besredka, de cette matité, consiste en ce que la limite supérieure décrit une courbe à concavité regardant en bas ; le point culminant de cette courbe correspond à la partie latérale ou antéro-latérale du thorax ; et, de là, la courbure va en s'abaissant progressivement vers la colonne vertébrale d'un côté et le sternum de l'autre côté. Nous reparlerons de cette courbe, qui se trouve être absolument différente de celle qui existe dans les

épanchements pleurétiques, dans le chapitre du diagnostic.

Pour les abcès sous-hépatiques, la collection refoulant en haut le foie et le diaphragme, le poumon se trouve comprimé et la matité prend la même forme de courbure.

Il ne faut pas oublier qu'à la place d'un son plus ou moins obscur qu'on attendait, on peut trouver un son clair, hydro-aérique. Il y a là une cause d'erreur qui ne doit pas troubler le chirurgien. Ce son clair est dû ordinairement, non pas à l'interposition d'une anse intestinale dilatée comme il arrive quelquefois pour les abcès péri-néphritiques, mais à la présence dans la tumeur d'une certaine quantité de gaz provenant directement de l'intestin par exosmose, ou résultant de la décomposition du liquide collecté lui-même. On pourra même observer successivement ces deux ordres de phénomènes (matité, puis sonorité hydro-aérique) sur le même sujet, si l'examen est fait à une époque d'abord rapprochée, puis éloignée, du début des accidents.

d) *Auscultation.* — L'auscultation ne peut-être employée que pour les abcès voisins du diaphragme, qui refoulent le poumon et produisent ainsi de la perturbation dans le murmure vésiculaire. Il arrive aussi quelquefois que ces abcès pyo-aériques dont nous venons de parler donnent lieu à des symptômes imitant parfaitement ceux du pneumothorax : souffle

amphorique, tintement métallique, bruit d'airain etc... Leyden a étudié avec détails cette symptomatologie particulière et a donné à ces tumeurs le nom de pyopneumothorax sub-phrenicus. Mais n'oublions pas que la palpation et la percussion sont les deux principaux moyens explorateurs des collections péritonéales et que l'auscultation ne trouve son emploi que pour quelques cas particuliers et peu fréquents.



CHAPITRE CINQUIÈME

Bactériologie

L'examen bactériologique du pus provenant d'abcès péritonéaux d'origine appendiculaire a donné des résultats variables. On est d'accord pour constater que ce pus est très rarement stérile et qu'il est en général d'une grande richesse microbienne. Mais l'accord cesse quand il s'agit de déterminer l'espèce microorganique. Pour les uns, les cultures donnent invariablement du *bacterium coli* absolument pur ; pour les autres, si ce coli bacille existe, le principal agent de la lésion n'en reste pas moins le *streptocoque*.

Voici la conclusion d'un examen bactériologique fait par M. Macaigne, chef de laboratoire du Dr Monod. « En résumé, l'étude bactériologique des appendicites suppurées révèle l'existence presque constante d'un microbe pathogène, agent habituel de suppuration : le streptocoque ; et d'un autre microbe qui n'est qu'accidentellement pyogène : le *bacterium coli*. Souvent, la prédominance du *bacterium coli* dans

es cultures sur agar ferait croire qu'il est le seul agent de la lésion observée ; mais l'examen des lamelles et la culture en bouillon montrent que le streptocoque était présent ; et il est probable que le streptocoque est en réalité le principal agent de la suppuration. » (Société de chirurgie 16 octobre 1895.)

D'autres parts, M. Adénot, de Lyon, a publié le résultat d'un examen bactériologique fait sur quatre collections provenant de malades différents. « L'examen du pus révéla la présence exclusive du *bacterium coli*. Nos cultures ont été faites sur bouillon, sur gélatine, sur pomme de terre et soumises à des températures variées. Elles ont été toujours constamment pures et remarquablement belles » (Société de biologie 7 novembre 1891).

Nous ne nous prononcerons ni pour l'une ni pour l'autre opinion, tout en croyant que ces deux espèces de microbes peuvent se rencontrer simultanément dans toutes les suppurations d'origine intestinale.



CHAPITRE SIXIÈME

Diagnostic

Les maladies de l'abdomen, avec lesquelles le diagnostic de l'abcès péritonéal doit être fait, sont tellement nombreuses que nous ne donnerons que quelques indications sur chacune d'elles. Nous renvoyons pour les détails aux thèses de Deschamps et de Ramadan qui ont traité ce chapitre complètement.

Pour plus de netteté nous diviserons ainsi ce chapitre : diagnostic des abcès péritonéaux : 1° avec les affections communes aux deux sexes ; 2° avec les affections spéciales à la femme ; 3° avec les affections particulières à l'homme.

1° *Affections communes aux deux sexes.*— Dans le *phlegmon de la cavité de Retzius*, les muscles et les aponévroses font corps avec la tumeur, la forme est celle d'une vessie distendue, les fosses iliaques sont libres, la miction douloureuse, gênée, fréquente. *L'adénite des ganglions iliaques* se caractérise par une tumeur qui siège le long des vaisseaux iliaques. L'examen des organes génitaux et du membre inférieur décelera la cause de l'inflammation. S'il s'agit d'adé-

nite des ganglions mésentériques, il faut rechercher la cause dans un carcinome voisin. D'après Krafft, le diagnostic se basera sur les signes suivants : ils sont multiples, se développent lentement et sont recouverts par les anses intestinales.

L'abcès par congestion s'accroît peu à peu, émigration en dehors de l'abdomen, provient d'une lésion vertébrale facile à reconnaître. Un simple examen de la hanche suffit à diagnostiquer un *abcès iliaque d'origine coxalgique*.

Pour le *psôitis* la sensibilité s'étend le long du psoas iliaque, le membre inférieur est fléchi sur l'abdomen et en rotation externe et la tumeur finit par apparaître à la région inguinale.

Les *inflammations du rein* se traduisent par des désordres dans la miction et dans l'urine. Quant aux *abcès périnéphritiques*, la forme de la tumeur rappelant complètement celle du rein est facilement reconnaissable par le palper bi-manuel, l'œdème lombaire, et les symptômes généraux mettent sur la voie du diagnostic.

Les *épanchements pleuraux* ont une matité décrivant une courbe parabolique à concavité supérieure ; dans les abcès sous-phréniques et sous-hépatiques, le sens inverse de la courbure tient à la forme du dôme du diaphragme contre lequel l'épanchement vient butter. Dans la pleurésie sus-diaphragmatique, en particulier, l'obliquité des côtes

augmente, tandis qu'elle diminue dans l'abcès sous-diaphragmatique (Guéneau de Mussy) ; en outre, pour la première, les vomissements et les hoquets sont rares ; très fréquents, au contraire, pour le second. (Rendu).

Les lésions, siégeant dans l'intérieur même de la cavité abdominale, sont plus importantes. Si le malade est atteint d'une *tumeur stercorale*, du colon par exemple, il existe de la constipation ; la tumeur est cylindrique, irrégulière, bosselée, pâteuse, s'écrasant sous le doigt ; la paroi abdominale glisse au-devant de cette sorte de boudin que l'on peut déplacer latéralement. Tout disparaît avec un purgatif. Une *tumeur du foie* est, en général, facile à reconnaître par son siège bien net, par son déplacement dans les mouvements respiratoires, par des troubles hépatiques spéciaux et par sa matité faisant corps ou se continuant avec celle du foie lui-même.

La *cholécystite calculeuse* ne se montre qu'à un âge assez avancé, chez les femmes surtout ; elle est précédée de coliques hépatiques ; il existe une tumeur située immédiatement en dehors du muscle droit se continuant avec le foie et ayant la forme caractéristique de la vésicule distendue.

2° *Affections spéciales à la femme.*—Si la femme est atteinte d'*ovarite*, il y a de la douleur localisée, continue, exaspérée par la pression ; le toucher,

fait sentir une petite tumeur arrondie, lisse, située le long de l'utérus, mais ne faisant pas corps avec lui. D'ailleurs, il existe presque toujours simultanément de la métrite, qui est elle-même la cause première de l'ovarite.

Dans la *salpingite*, on constate des crises douloureuses survenant pendant la marche, le coït, la défécation. Le toucher permet de percevoir une tumeur bosselée soit en arrière ou sur les côtés de la matrice, séparée par un sillon très net du globe utérin.

Le *phlegmon du ligament large* se manifeste par son début brusque, dans la majorité des cas, quelques jours après un accouchement. Le vagin est chaud, œdématisé, le doigt tombe sur une tumeur qui adhère d'un côté à l'utérus, qui se trouve en latérotation droite ou gauche, et de l'autre à la paroi de la cavité pelvienne.

Le plus souvent, le diagnostic différentiel entre ces affections des organes génitaux de la femme n'est pas facile à établir, car ces lésions co-existent habituellement.

3° *Affections spéciales à l'homme.* — Dans l'*orchite ectopique*, il faut se baser sur la présence d'une tumeur dans la région du canal inguinal, et coïncidant avec le défaut du testicule dans le scrotum. Cette tumeur est très douloureuse à la pression ; c'est la douleur testiculaire spéciale.

Par le toucher rectal, on tombe directement sur les *abcès périprostatiques* et cette localisation bien nette affirme la nature de la tumeur.

En terminant ce chapitre, nous dirons quelques mots sur la ponction exploratrice comme procédé de diagnostic.

Quelques chirurgiens (Reclus, Roux, Krafft) la trouvent inutile et dangereuse, car les collections sont souvent petites, situées profondément derrière des organes importants ; et la ponction peut infecter le péritoine.

D'autres (Bull, Sonnenburg) emploient l'aiguille exploratrice avant toute incision.

Nous pensons pouvoir déduire de nos recherches ceci : si on n'intervient chirurgicalement que lorsqu'une ponction exploratrice a donné du pus, on interviendra bien souvent trop tard ; et nous croyons que les symptômes généraux et locaux suffisent au diagnostic, sans qu'on ait besoin de recourir à la ponction.



CHAPITRE SEPTIÈME

Durée. — Pronostic

La péritonite localisée a une durée plus longue que la péritonite généralisée qui tue rapidement le malade. Elle peut persister plusieurs mois avant que le pus s'ouvre un chemin plus ou moins détourné.

Doit-on compter sur la résorption graduelle du pus ? Grisolles en cite un cas, et de fait, il nous paraît possible que du pus péritonéal enkysté se résorbe lentement. Toutefois il est probable que l'on a pris souvent pour une résorption, l'affaissement de la tumeur dont le contenu a passé dans l'intestin.

On s'expose, quand on demeure dans l'expectative, à voir le malade mourir par péritonite généralisée. Giemssen et Kusmaul relatent sur 80 cas, 10 morts, tandis que Grisolles publie 5 morts sur 7. Le pronostic, à cette époque, était donc très grave pour les abcès péritonéaux enkystés.

De nos jours, la méthode de traitement par l'incision précoce a beaucoup diminué la mortalité. Le

docteur Noyes sur 100 cas a obtenu 80 guérisons, le docteur Buck sur 13 cas 13 guérisons. C'est surtout grâce à l'antisepsie que le pronostic tend à devenir moins sombre. Les anciens chirurgiens professaient pour le péritoine une crainte des plus légitimes. Ils n'ouvraient l'abcès que lorsqu'ils avaient la main forcée ; par exemple, quand le pus menaçait de perforer la paroi. Aujourd'hui on va au-devant des lésions, enrayant ainsi les terminaisons fâcheuses, souvent mortelles, des abcès laissés à leur évolution naturelle.

Mais, malgré tout, il reste toujours dangereux d'aller chercher et d'ouvrir à travers le péritoine un foyer purulent : on s'expose à la péritonite généralisée. Heureusement que dans ces cas, il y a le plus souvent, autour du foyer, des adhérences étendues ; c'est en décollant avec prudence qu'on peut atteindre la collection sans inoculer la grande cavité.



CHAPITRE HUITIÈME

Marche. — Terminaison

Les terminaisons des abcès péritonéaux enkystés sont variables suivant les circonstances. Si l'on intervient, on incise, on lave (suivant les indications fournies par la qualité, la quantité du pus, la grandeur de la poche) et on draine.

La résorption graduelle est un fait si rare que nous ne faisons que la mentionner, tandis que nous allons passer en revue les divers modes d'ouverture spontanée, variant suivant le siège, de fréquence et de gravité.

C'est le plus fréquemment vers la *paroi abdominale* que la collection cherche une issue. Il se produit des adhérences avec la paroi qui se tend, devient luisante et finalement se perfore. Le pus qui s'écoule de la plaie est extrêmement fétide, d'odeur fécaloïde. Dance, dès 1832, avait remarqué cette odeur qu'il compare à celle de l'*Assa foetida*, et il s'était demandé quelle était la cause de ces émanations, l'intestin n'é-

tant pas perforé dans les parties voisines de la poche. « Cette odeur, dit-il, se rapproche d'autant plus de celle des excréments intestinaux que le foyer de la suppuration avoisine de plus près le gros intestin, et elle est quelquefois tellement tranchée qu'on n'hésiterait pas à la faire provenir directement de l'intestin et par conséquent à admettre une perforation du canal. » Le chirurgien ne doit voir dans ce fait, comme dans les abcès de la marge de l'anus, dont la fétidité est bien connue, qu'un phénomène d'exosmose. On ne doit pas oublier, cependant, que la perforation de l'intestin peut se faire dans certains points en contact avec le pus. Ces fistules guérissent parfois spontanément.

L'*Intestin* peut encore servir de voie de sortie au pus. La tumeur s'affaisse brusquement, elle disparaît complètement. Le malade est pris de diarrhée et il rend par l'anus des matières stercorales mélangées de liquide purulent. Un bien-être considérable est ressenti et la guérison survient le plus habituellement. Dupuytren et Dance considéraient cette terminaison comme la meilleure entre toutes.

Si le diaphragme se perfore, le pus envahit la *cavité thoracique*. Il se répand alors dans les séreuses de cette cavité. On peut avoir une péricardite purulente si l'abcès est mis directement en communication avec le péricarde ; une pleurésie purulente si la collection s'ouvre dans la cavité pleurale ;

une pneumonie suivie de vomique si c'est dans le poumon que le foyer s'est déversé.

Quand les parois de l'abcès cèdent, le pus envahit le *péritoine*. La langue devient sèche ; les vomissements porracés, le hoquet, le météorisme, le facies péritonéal, en un mot toute la symptomatologie de la péritonite généralisée, apparaissent simultanément, et la mort survient rapidement.

Enfin, on a signalé l'ouverture d'abcès dans la *vessie*, le *vagin*, l'*utérus* ; mais ce ne sont là que des faits exceptionnels.



CHAPITRE NEUVIÈME

Traitement

Dès médecins de valeur, comme Leyden, Guttman enseignent que la péritonite enkystée peut guérir médicalement, 95 fois sur 100. Frœnkel, dans une discussion à la Société de médecine interne de Berlin, proclamait « que, dans la plupart des cas de péritonite localisée consécutifs à une appendicite, on n'observe pas de formation de pus ; que le traitement de cette inflammation doit être essentiellement médical et consister dans l'expectation et les opiacés. »

Krafft partage l'opinion absolument contraire. Si la guérison survient par hasard médicalement, elle ne sera qu'apparente. Le professeur Poncet, de Lyon, s'exprime ainsi : « Du moment où il y a un foyer infectieux, quels qu'en soient le siège et la profondeur, alors que par son évolution naturelle il peut être la cause de complications graves, mortelles, le devoir du chirurgien est tout tracé, il doit agir. »

Sans être aussi exclusif, nous pensons qu'il faut

admettre l'existence de foyers de péritonite localisée secondaire, n'aboutissant pas à la suppuration, et contre lesquels le seul traitement médical est indiqué. C'est en suivant attentivement les variations de la température, et des signes locaux qu'on arrivera au diagnostic entre ces formes non suppurées et les abcès.

L'abcès existe : on doit recourir dans tous les cas à l'incision. Doit-on attendre la fluctuation ? Non ; puisqu'elle est souvent difficile à percevoir quand le liquide est collecté.

Avant d'examiner les divers lieux où l'incision devra être faite, nous croyons bon de donner quelques indications générales. Le bistouri sera porté là où le pus s'est collecté, ou tout au moins le plus près possible de cet endroit. En arrivant sur le péritoine, il faut redoubler d'attention ; si l'on est sur l'abcès lui-même, on ouvre alors directement ; mais si le foyer n'est pas dans le plan de l'incision, s'il est plus en dedans ou plus en dehors, on ne doit pas ouvrir la séreuse qui se présente d'elle-même ; le chirurgien se trouve dans la nécessité de décoller le péritoine pariétal pour arriver ainsi sur la collection et l'inciser alors. Toutes ces précautions ont pour but de ne pas infecter la grande séreuse abdominale, en transformant une péritonite circonscrite guérissable en une péritonite généralisée rapidement mortelle.

1° *L'abcès proémine du côté de la paroi abdomi-*

nale. — On fera une incision de 5 à 8 centimètres sur le point où l'abcès paraît saillant. On ouvre le péritoine et en même temps la poche. Le doigt pourra être introduit dans la plaie pour aider à l'évacuation du contenu, mais on se gardera bien de déchirer les néo-membranes qui limitent la cavité. Si le pus semble trop fétide, s'il existe des clapiers, il sera nécessaire de faire un lavage antiseptique. On place un gros drain en caoutchouc allant jusqu'au fond de la poche et par dessus le tout un large pansement humide. Il est bon quelquefois, à la place d'un drain unique, de placer deux drains accolés en canons de fusil. Ce genre de drainage permet de faire les lavages de la plaie sans les retirer : l'eau pénétrant par l'un et ressortant par l'autre. Les bourgeons charnus repoussent petit à petit le drainage qui reste ainsi toujours appliqué au fond de la cavité, et la cicatrisation se fait ainsi normalement de la profondeur vers l'extérieur.

Sonnenburg a proposé de faire la laparotomie en deux temps. Voici son procédé, tel qu'il l'a exposé le 5 janvier 1891 à la Société de médecine interne de Berlin : « Aussitôt que l'on a constaté la présence
« d'un foyer purulent, l'intervention chirurgicale ne
« doit pas être ajournée, car il est toujours possible
« que le pus fasse irruption dans la cavité du péri-
« toine et produise une péritonite généralisée. Cepen-
« dant, les méthodes opératoires pratiquées jusqu'ici
« sont en partie insuffisantes, en partie dangereuses,

« parce qu'elles ne mettent pas à l'abri de toute lésion
« péritonéale. Si le foyer est assez vaste, facile à
« diagnostiquer, on ouvre directement ; mais s'il est
« petit, il faut préférer l'opération en deux temps.

« J'ai agi de cette façon dans 7 cas : j'incise la
« paroi abdominale et je m'arrête au péritoine, que
« j'incise seulement deux ou trois jours après. Ce
« procédé a cela de bon que le pus fait saillie souvent
« dans la plaie opératoire, c'est-à-dire du côté où la
« résistance est la plus petite et qu'il favorise la for-
« mation d'adhérences entre le péritoine et la paroi
« abdominale.

« Donc, après avoir sectionné aponévroses et
« muscles, on met à découvert le péritoine à l'aide du
« doigt ou d'instruments mousses et on tamponne la
« plaie. Le lendemain, j'ôte le bandage et je fais une
« ponction exploratrice. La ponction est répétée jus-
« qu'à ce que l'on constate le développement d'adhé-
« rences entre le péritoine et la paroi, et enfin on
« ouvre l'abcès à l'aide du cautère Paquelin. On place
« un tube à drainage dans l'abcès et on fait le lavage
« sans exercer la moindre pression. Au bout de 4 à
« 5 semaines la guérison est obtenue. »

Cette méthode nous semble rationnelle, en prin-
cipe. Mais sa lenteur n'expose-t-elle pas le malade à
autant d'accidents que l'intervention chirurgicale
hardie, en un temps ? Pour se prononcer sur sa

valeur, il faudrait qu'elle eût été employée plus souvent.

2° *L'abcès proémine du côté des lombes.* — Le procédé de choix nous paraît être l'incision postéro-latérale oblique de néphrotomie, quand la collection est nettement localisée dans la région rénale. Si l'abcès fuse vers la crête iliaque, la ligne d'incision variera évidemment de direction. L'opération sera conduite avec les précautions et suivant les procédés déjà décrits.

3° *L'abcès proémine vers le petit bassin.* — Quand la collection a fusé dans la cavité pelvienne, la laparotomie médiane permet seule d'explorer la poche complètement, dans tous ses diverticules.

Nous terminerons en disant quelques mots sur les soins généraux qui ne doivent pas être laissés de côté. Le quinquina, l'alcool, les amers, une alimentation liquide d'abord, sagement dirigée, relèveront les forces du malade et abrègeront souvent la durée de la cicatrisation de la plaie.



OBSERVATIONS

Observation 1

(Personnelle)

Appendicite aigue ; opération au deuxième jour ; gangrène appendiculaire ; abcès sous-hépatique secondaire ; abcès pulmonaire secondaire ; guérison :

10 janvier 1897. — Monsieur H. P..., externe des hôpitaux, âgé de 22 ans, est pris dans l'après-midi d'un malaise subit, caractérisé par de la fièvre, de l'anorexie, des nausées sans vomissement, des douleurs épigastriques, et par un point très douloureux dans la fosse iliaque droite. Constipation depuis l'avant-veille.

11. — Après une nuit blanche, le malade se lève comme d'habitude quoique la douleur abdominale ne soit pas diminuée. Mais dès avant midi, il est forcé par la douleur et la faiblesse de se recoucher. Pensant à un embarras gastrique, il se purge avec du sulfate de soude. Le purgatif ne produit que très peu d'effet. Le soir 39°8 de température, pouls à 120 pulsations.

12. — Nuit plus mauvaise, douleur abdominale de plus en plus intense, point douloureux toujours très fixe,

température 39°5, constipation. Diagnostic d'appendicite aigue. Le soir, à cinq heures, la température montant toujours, après consultation entre les D^{rs} Albaran et Hallé, l'intervention immédiate est décidée et pratiquée aussitôt.

Opération. — Incision classique. Paroi abdominale saine. Incision péritonéale large. Cœcum volumineux, à parois épaisses et indurées. Appendice libre doublé de volume, turgescant, d'un rouge foncé noirâtre pas ; de pus, pas de fausses membranes ; liquide péritonéal en petite quantité, légèrement rosé. Résection de l'appendice, drainage péritonéal avec une mèche de gaze iodoformée ; la partie supérieure seule de la plaie est refermée par quelques points de suture ; elle reste largement ouverte en bas pour le passage de la mèche.

L'appendice examiné après l'opération a des parois très épaissies, deux plaques d'escharre, adhérentes encore, et deux calculs stercoraux.

13, 14. — Après l'intervention, chute graduelle de la température qui est revenue à la normale.

15. — Le côté droit fait souffrir beaucoup moins le malade ; écoulement abondant, séreux, rosé, par le drainage péritonéal ; température à 37°5, amélioration parallèle de l'état général.

16. — La température remonte à 38°2. Pansement. Autour de la partie suturée de la plaie, rougeur, gonflement et douleur. Les fils de suture sont supprimés : infiltration purulente d'aspect sphacélique du tissu cellulaire sous-cutané. Tout le flanc droit est douloureux et tendu. Le ventre est légèrement ballonné, mais indolent dans le flanc gauche. Pas de vomissement. Constipation ; laxatifs

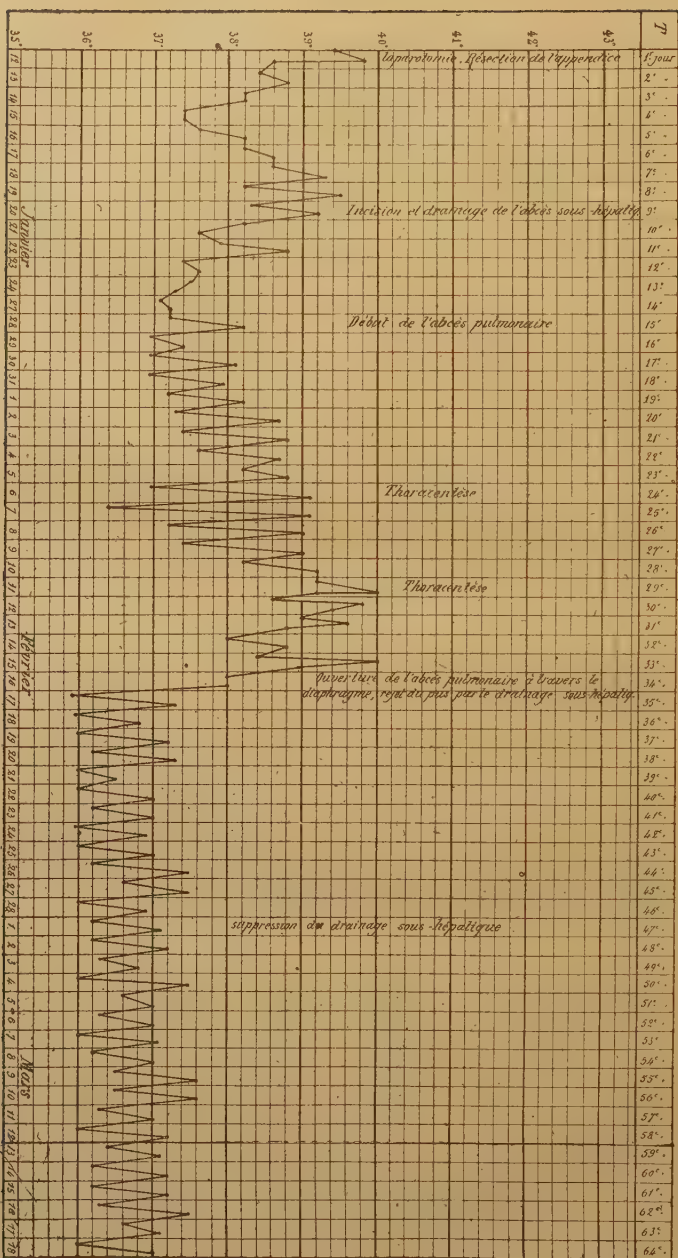
et lavements. Selles normales. Pansement humide à plat. Le drainage péritonéal est maintenu.

17-18. — Pendant les jours suivants, 17, 18 janvier, la température monte graduellement sans rémission, jusqu'à 39°4. Ventre ballonné, pouls rapide, adynamie. Le 18, on constate que tout le flanc droit est tendu et douloureux jusqu'au niveau du foie. Celui-ci semble augmenté de volume. Le palper bi-manuel donne la sensation d'une induration profonde, étendue, remplissant la fosse lombaire et se continuant avec la matité hépatique. On pense à la formation d'une collection profonde secondaire dans l'hypochondre droit.

19. — L'état s'aggrave encore. Température, 38°2 et 39°6. Le malade est examiné par les docteurs Albaran, Récamier, Hallé, Dupré et Genouville, réunis en consultation.

Les signes de collection profonde de l'hypochondre droit s'accusent. La fosse lombaire est indurée et tendue ainsi que le flanc droit. Matité hépatique remontant en avant, jusqu'au niveau du mamelon. Matité de toute la base pulmonaire droite, avec abolition du murmure vésiculaire, sans souffle ni égophonie. Nulle part, on ne trouve ni fluctuation, ni œdème des téguments. Le diagnostic de collection profonde de l'hypochondre droit, sus-hépatique ou sous-hépatique, est admis, sans qu'on puisse en préciser le siège et les limites. L'état général étant devenu d'une extrême gravité, l'intervention est décidée. Après discussion, la voie abdominale antérieure est adoptée.

20. — *Opération* : Le 20 au matin, intervention par les docteurs Albaran, Hallé et Récamier. Anesthésie :



Incision verticale de la paroi abdominale antérieure de 10 à 12 centimètres, un peu en dehors du bord externe du muscle droit, à partir du rebord des fausses-côtes. Paroi saine; péritoine adhérent difficile à reconnaître. Le seul point de repère possible à discerner au milieu des adhérences, est le bord inférieur du foie, qui déborde les fausses-côtes. Avec le doigt, le bord du foie est libéré, et prudemment, après décollement d'adhérences molles, les doigts, puis la main, remontent sous la face inférieure du foie, en se dirigeant en haut et en dedans, vers son bord postérieur. A une profondeur de 15 centimètres environ, irruption brusque d'un flot de liquide séro-purulent grisâtre, d'odeur fécaloïde, assez abondant, environ un litre. Drainage de cette poche profonde avec deux gros drains de 20 centimètres de longueur, lavage et pansement humide abondant.

Journée très mauvaise; adynamie, langue sèche, collapsus, faciès péritonéal, yeux excavés, teint terreux. Température à 39°2, pouls à 150 pulsations. Injections d'éther et de caféine.

Sérum sous-cutané : 500 grammes. Champagne, alcool. Pendant la nuit, l'état est si grave qu'on s'attend à une issue fatale. Pouls petit, filiforme, incomptable. Délire. Les injections d'éther et de caféine sont continuées. Un litre de sérum sous-cutané en deux fois.

21. — L'état général reste pendant toute la journée très menaçant. Pouls toujours aussi petit et rapide. La température marque 38°2 et 37°8. Un litre de sérum en deux injections sous-cutanées. Pansement : bon drainage, lava-

ge. La tumeur du flanc droit a diminué, le ballonnement général a disparu.

22. — Légère amélioration : température 37°8 et 38°8. L'état local est satisfaisant. Le flanc est redevenu souple et presque indolent. Adynamie toujours grave et délire continu. Un litre de sérum. Le drainage fonctionne bien.

L'incision de la première opération bourgeonne et se cicatrise.

23-27. — L'amélioration de l'état général se prononce manifestement. Pas de fièvre. Selles régulières. La langue est humide. Le malade commence à s'alimenter très légèrement : Champagne, vin, alcool, bouillon et œufs. L'agitation et le délire ont disparus. On croit le malade hors de danger.

28. — La température remonte légèrement, état général restant bon.

30 janvier au 6 février. — L'état général s'aggrave graduellement. La température remonte peu à peu entre 38 et 39°. L'état abdominal reste parfait : ventre souple, flanc droit indolent. Lavage et pansement humide quotidien. Le drainage sous-hépatique est maintenu : les drains graduellement raccourcis.

Le malade est pris d'une toux continuelle et très fatigante. On constate dans le poumon droit, les signes suivants : matité remontant en avant, jusqu'au quatrième espace intercostal, en arrière, jusqu'à l'épine de l'omoplate. En bas, silence complet ; en haut, diminution du murmure vésiculaire. Pas de souffle, pas d'égophonie, vibrations thoraciques légèrement diminuées. On diagnostique :

pleurésie de la base avec faible épanchement et congestion pulmonaire étendue.

L'état s'aggrave, les forces diminuent. Les docteurs Albaran et Dupré sont appelés en consultation. Le diagnostic hésite entre : une pleurésie diaphragmatique ou interlobaire enkystée ou un abcès pulmonaire. On décide de pratiquer des ponctions exploratrices. Quatre ponctions sont faites avec le gros trocart de l'appareil Potain, sans aucun résultat, dans la base du poumon, en arrière, latéralement et en avant. L'une d'elles donne issue à une très petite quantité (15 à 20 grammes) de liquide séro-sanguinolent, les autres à quelques gouttes de sang seulement.

6 au 11 février. — Les signes d'auscultations restent les mêmes. L'état général devient de plus en plus mauvais. Le malade éprouve une dyspnée très vive (ventouses, ballons d'oxygène). Température continuellement entre 38 et 39° ; amaigrissement. L'état abdominal reste toujours parfait.

Le docteur Rendu appelé en consultation, constate les mêmes signes pulmonaires à la base droite et confirme le diagnostic de pleurésie enkystée de la base. Une nouvelle ponction est faite au point qu'il indique, sans résultat également.

On se décide à attendre, espérant l'évacuation spontanée de cette collection. La faiblesse du malade est si grande d'ailleurs que l'anesthésie pour une incision large du thorax et la recherche du foyer pulmonaire ne seraient pas supportée. On soutient le malade le plus possible ; alcool, café, quinquina.

11 au 14 février. — La température atteint un maximum

de 40°,1. La dyspnée est un peu moins vive, mais la faiblesse est extrême. Le malade a l'aspect d'un typhique. On pense même à de la granulie. On constate que le poumon gauche et le sommet du droit sont normaux ; toute la base du poumon droit est mate avec silence complet, vibrations diminuées seulement. Du côté de l'abdomen : ventre parfaitement souple, digestions régulières ; l'incision de la première opération est cicatrisée, la plaie résultant de l'ouverture de l'abcès sous hépatique est bien retrécie et réduite au passage d'un seul gros drain, encore long de 12 centimètres, remontant assez loin sous le foie et qui ne donne le matin, à chaque pansement, que quelques gouttes de pus.

15. — Le 15 la température atteint encore 40°,1, dyspnée vive, faiblesse extrême.

16. — Le 16 au matin le pansement est mouillé d'une assez grande quantité de pus. Le lavage par le tube sous hépatique ramène encore du pus en quantité notable avec des débris pseudo-membraneux sphacelés. La température tombe à 38, le malade se sent très soulagé et respire maintenant librement. La matité pulmonaire a diminuée et le murmure vésiculaire s'entend affaibli encore, là où il ne se faisait plus entendre depuis quelque temps. L'abcès pulmonaire a dû perforer le diaphragme et se vider par le drainage sous hépatique.

17. — Le lendemain la température tombe à 36°,2 et le malade entre brusquement en convalescence. A partir de ce moment, apyrexie complète, plus de dyspnée, appétit excessif.

Durant deux jours, le drain donne encore une faible

quantité de pus au lavage. Les signes pulmonaires ne consistent plus qu'en une légère matité à la base droite avec faiblesse du murmure respiratoire; ces signes persisteront pendant longtemps encore.

Le 3 mars le malade est assez fort pour être transporté de Paris en province. Guérison complète, sauf une légère faiblesse de la paroi abdominale au niveau de l'incision iliaque.

Observation 2

(Personnelle)

Appendicite avec abcès primitif péri-cœcal. Abcès secondaire de la région rénale gauche. Guérison.

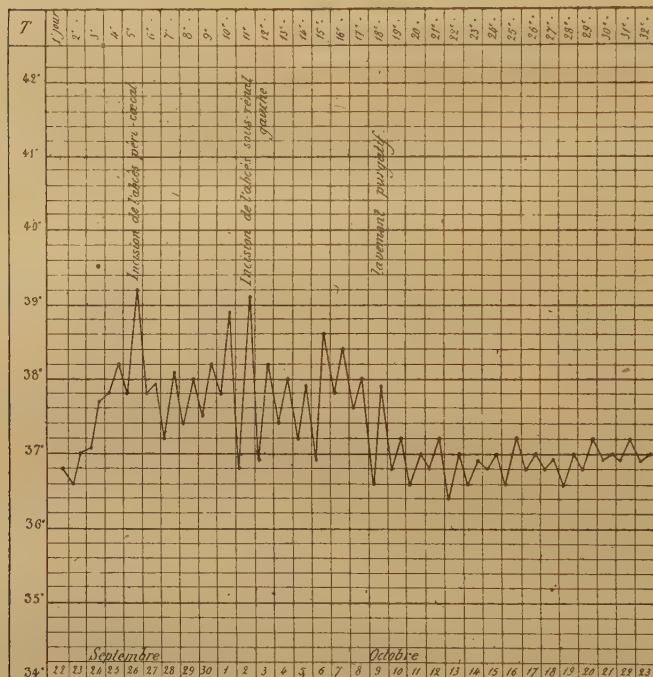
Mlle X..., 20 ans, fut prise au mois de Juin 1897 d'une constipation opiniâtre. La malade, institutrice, a dû souvent résister à des besoins d'aller à la selle. Telle est la cause à laquelle cette constipation fut attribuée.

15 août. — Le 15 août, elle fut prise d'un malaise général et prend un purgatif. Un seul verre d'eau de Sedlitz la purge fortement et cause une diarrhée très forte durant quatre jours. Puis la santé redevient bonne jusqu'au 15 septembre.

15 septembre. — Ce matin là, nausées, céphalalgie. Dans l'après-midi premiers vomissements alimentaires; dans la soirée ils deviennent bileux, puis plus foncés et fétides. A aucun moment, cependant, ils ne sont fécaloïdes.

Le ventre est ballonné dans son ensemble, douloureux au palper. Cette douleur est surtout localisée dans la fosse iliaque droite. Submatité dans la région du cœcum, tympanisme partout ailleurs. Fièvre légère. Constipation.

Le médecin appelé prescrit la diète lactée et ordonne de grands lavements d'eau chaude.



17-18.— Les vomissements continuent, puis cessent, le 19. La malade ne va à la selle qu'avec des lavements. Les autres symptômes restent les mêmes jusqu'au 22.

22. — La température monte à 39°, le médecin, appelé à nouveau, pratique le palper et constate que l'empâte-

ment péri-cœcal est plus prononcé ; il envoie la malade à l'hôpital Saint-Michel avec diagnostic d'appendicite.

23. — Plus de fièvre, mêmes symptômes par ailleurs, mais face pâle et les traits un peu tirés. Ventre toujours ballonné. La malade prend de l'huile de ricin : vomissements, pas de selles.

Examen sous chloroforme. Au palper, tumeur dans la fosse iliaque droite, mais difficile à délimiter. Le toucher fait toujours percevoir la même masse profonde indurée.

24. — Un lavement purgatif provoque une garde-robe.

25. — Température plus élevée.

26. — 39°2 au thermomètre ; l'opération est décidée et pratiquée par le docteur Récamier.

Opération. — Incision de 8^{cm} sur la région cœcale. Parois saines. Aussitôt le péritoine incisé il s'écoule un liquide louche, muco-purulent dont la quantité peut s'évaluer à un grand verre à vin. La poche est située à la partie externe du cœcum ; on ne trouve pas l'appendice. Lavage et drainage.

28. — Température du soir 38°2. Dans la journée, premier pansement ; pas de symptômes nouveaux jusqu'au 1^{er} octobre.

1^{er} octobre. — Douleur à gauche, l'état général redvient mauvais. En palpant le ventre, on constate dans le flanc gauche une tumeur surtout accessible par la palpation bi-manuelle, débordant le rebord costal de trois travers de doigt, se continuant en haut avec le rein. Tumeur dure, régulière, bien limitée, peu douloureuse. Il n'y a ni empâtement périnéphritique, ni œdème des tégu-

ments. On se demande d'abord si on n'a pas simplement affaire à un rein gauche descendu. Se basant sur les symptômes généraux et les antécédents d'appendicite, on diagnostique une collection purulente enkystée secondaire sous-rénale.

2. — *Opération.* — Anesthésie ; on va à la recherche de cette collection par l'incision postéro-latérale oblique de néphrotomie. Paroi saine. On arrive sur la tumeur qui est très dure, Ponction au bistouri ; on élargit l'incision ensuite et il en sort un grand verre de pus franc. Drain et lavage.

Amélioration rapide : abaissement graduel de la température jusqu'au 7 octobre. Légère recrudescence de la température du 7 au 9 avec un peu de ballonnement du ventre qui cède aux laxatifs.

A, partir du 10, convalescence, Sortie le 12 novembre complètement guérie.

Observation 3

(Gazette des Hôpitaux, 14 Juin 1892)

Appendicite. Résection de l'appendice. — Abscess enkysté secondaire sus-hépatique. — Pleurésie purulente droite. — Guérison.

Claude C..., 19 ans, chaudronnier, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 20 mars 1892 dans le service du Profes-

sieur Poncet. Douleurs abdominales vives ; a toujours été indemne de toute intoxication par le plomb ou le cuivre. Le 19 mars, en chargeant de la terre, il éprouve subitement une douleur aiguë, pongitive dans la fosse iliaque interne droite. Elle est suivie de coliques qui forcent le malade à se rouler à terre. Etat nauséux, persistant jusqu'au matin du 20 mars.

20 mars.—Examiné quelques minutes après son entrée (dix-huit heures après le début des accidents) le malade présente un facies jaune ; respiration superficielle, dyspnée vive, pouls mou. Ventre tendu, aucun empâtement dans la fosse iliaque droite, très douloureuse cependant.

Aux anneaux inguino-cruraux, l'exploration ne révèle aucune tumeur solide ou gazeuse appréciable. Les selles sont supprimées depuis l'avant-veille. Temp. rectale 38°9.

Insomnie dans la nuit du 20 au 21 mars. Ballonnement plus accentué, même température. Intervention du professeur Poncet.

21 mars. — *Opération.* — Laparotomie iliaque droite ; on tombe sur un cœcum rouge, couvert de fines membranes fibrineuses. L'appendice est rouge, turgide, simule un petit pénis en érection ; il n'existe aucune perforation ni ulcération. Les anses intestinales voisines simplement congestionnées. Lavage de la plaie ; sutures profondes (catgut) sutures superficielles (fil métallique) des lèvres de l'incision. Le soir, pouls petit à 120 ; température 38°9. Traitement : opium, glace, champagne.

22 au 21. — Le lendemain, plusieurs vomissements ; température 38°6, pouls 90 ; seulement le météorisme aug-

mente ; douleur vive en un point épigastrique. Bon état durant cinq jours.

Premier avril. — Le premier avril, le malade paraît inquiet et agité. Point très douloureux au niveau de l'épigastre près des fausses côtes, à droite de la ligne médiane. Empâtement profond à la palpation. Le soir, douleur locale aiguë, vomissements verdâtres à trois reprises.

2 avril. — Le 2 avril, on perçoit de la fluctuation profonde. Intervention.

Opération. — Anesthésie à l'éther, incision de 6 centimètres, par une boutonnière faite au péritoine jaillit un liquide purulent, très fétide. La quantité en est évaluée à un litre.

Il provient d'une grande poche enkystée (brides péritonéales perçues au doigt) s'enfonçant sous le diaphragme, immédiatement au-dessus de la face convexe du foie dont la superficie est recouverte de fausses membranes.

Grand lavage de cette poche, drainage. Le soir, pas de vomissement, température 39°, pouls petit.

5 avril. — Le 5 avril, la dyspnée réapparaît. Température 39°2. À l'auscultation souffle doux ; de l'égophonie à la réunion du tiers inférieur et du tiers moyen, douleur sous-mamelonnaire droite.

Opération. — L'empyème est fait d'urgence au 7^e espace intercostal droit. Par la plaie s'écoule du sang noirâtre provenant du cul-de-sac pleural, liquide très louche et de mauvaise nature. Pansement.

Depuis, le malade va de mieux en mieux et quitte l'hôpital fin mai, complètement guéri.

Il est bon de remarquer la similitude qui existe entre cette observation et celle qui nous est personnelle (observation I). Les deux malades ont subi trois opérations successives : deux laparotomies et un empyème chez l'un, deux laparotomies et plusieurs thoracothèses chez l'autre ; et tous les deux ont guéri complètement, car l'intervention a été précoce.

Observation 4

(Thèse de Sallet. Lyon 1894).

Appendicite. — Résection de l'appendice. — Abscess secondaire sous-phrénique. — Guérison.

Berthe D..., 15 ans, est prise soudainement d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Constipation. Vomissements. — Incision et résection de l'appendice très congestionné. Les jours suivants, elle paraît soulagée, quand la température remonte à 39°5 et atteint même 40.

On constate de la voussure du côté de l'hypochondre droit, un peu d'œdème de la peau. Diagnostic d'abcès sous-phrénique. Incision au-dessous des fausses-côtes, là où

pointait l'abcès. Il sort environ deux litres de pus fétide.

Le soir même chute de la température à 37°9. Guérison rapide.

Observation 5

(Société de chirurgie, 9 mars 1892. Communication du
D^r Jalaguier)

*Coliques appendiculaires. Abcès secondaire en avant de
l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse.
Guérison.*

Raymond C..., 9 ans, d'une bonne santé habituelle, entre le 24 février 1892 à l'hôpital. Il avait été pris à la fin de janvier, de coliques siégeant vers la région ombilicale, qui, cependant, ne l'empêchaient pas d'aller à l'école. Le 10 février, pendant des exercices de gymnastique, l'enfant a ressenti une douleur violente dans le flanc droit. Alité et purgé avec de l'eau de Sedlitz, il ne va pas à la selle, mais vomit continuellement. A son entrée à l'hôpital, le ventre est tendu, les muscles sont contracturés, le palper est indolent sauf dans la région du cœcum et du côlon ascendant. A la vue, on constate à la partie antérieure de l'espace costo-iliaque un léger soulèvement qui se termine en bas, un peu au-dessus de la crête iliaque.

Le 14 février, la température est de 38° le matin ; 38°8 le soir.

Le 15 février, 39° de température le soir.

Le 16 février, la douleur est des plus vives, surtout sous le rebord costal ; facies terreux, yeux excavés. Aucun symptôme de péritonite. Le soir, 39°6' de température. L'intervention est décidée.

Opération. — Longue incision partant du sommet de la dernière côte et descendant jusqu'à la fosse iliaque. La paroi latérale du côlon et celle du cœcum sont adhérentes au péritoine qui se décolle facilement avec le doigt. Du côté du cœcum et de l'appendice ; il n'existe que des lésions inflammatoires. On ponctionne alors au siège principal des douleurs, au-dessous des fausses-côtes, au-devant de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. La seringue amène du pus. Large ouverture est faite et il s'échappe un verre à Bordeaux de pus odorant, mais sans mélange de gaz ni de matières. La cavité, à parois lisses, est située au-devant de l'angle du côlon et se prolonge en dedans sur la paroi antérieure du côlon transverse, dans l'étendue de huit centimètres. Drainage, lavage, pansement au salol.

Le 18 février, l'enfant est bien, température 38°4.

Le 20 février, pansement, état général très bon.

Le 2 mars, il n'y a que quelques gouttes de pus dans le pansement ; suppression du drainage.

Guérison parfaite.

Observation 6

Société de chirurgie, 4 octobre 1893. Communication
du Dr Chupin

*Appendicite. — Absès primitif de la fosse iliaque droite
— Absès secondaire de la fosse iliaque gauche. —
Guérison.*

N., 24 ans, bonne constitution. a joui d'une excellente santé jusqu'au 20 mai 1892. A cette date, il est pris de violentes coliques siégeant surtout dans le flanc droit, terminées par de la diarrhée. Empâtement dans la fosse iliaque droite. Traitement médical. Il sort le 2 août de l'hôpital de Batna. Revient à l'hôpital le 16 décembre. Formation d'un abcès de la paroi iliaque qui s'ouvre à l'extérieur ; il part en congé de convalescence le 11 février 1893.

Opération. — Le 5 juin 1893, le malade se représente avec une fosse iliaque droite très douloureuse ; la fosse iliaque gauche l'est également. Incision classique dans la fosse iliaque droite. L'intestin présente des adhérences multiples, mais le doigt rompant ces adhérences ne rencontre aucune collection de pus. L'appendice reste introuvable. Drainage à la gaze iodoformée renouvelé le 8 juin. La gaze n'est souillée que par une légère sérosité purulente. Le soir, au moment où on lui donne un lavement, un véritable flot inonde le lit et le pansement d'un liquide purulent et d'une odeur infecte.

Puis la maladie reste stationnaire jusqu'au 12 juin où, alors, la température monte à 39°2, la fosse iliaque *gauche* est empâtée et excessivement douloureuse.

Opération. — Le 14 juin, incision de 7 centimètres à légère concavité interne, dans la fosse iliaque gauche. Sitôt le péritoine incisé, le pus sort à flot. Le doigt entre dans une large cavité occupant toute la partie supérieure du flanc gauche ; de fortes adhérences maintiennent la masse intestinale refoulée vers la ligne médiane. Une large contre-ouverture est pratiquée dans la région lombaire. Drainage, pansement à la gaze iodoformée, chute de la température. Pendant plusieurs jours le pansement est souillé de pus, puis d'un liquide séro-purulent.

Le 4 juillet, le malade se lève. Il mange avec appétit, a recouvré le sommeil. Le 6, les plaies sont fermées et le 14 juillet, il part en convalescence.

Observation 7

(Société de Chirurgie 24 juillet 1895. Communication du
Dr Nélaton).

Appendicite, abcès primitif péri-appendiculaire. Abcès secondaires péritonéaux enkystés à localisations multiples. — Mort.

X..., fut envoyé à Saint-Louis, après avoir été soigné, pendant cinq jours, pour occlusion intestinale. Il n'avait pas eu depuis ces cinq jours d'évacuation de matières,

tout en rendant cependant quelques gaz par l'anus. Depuis trois jours, il vomissait ; les vomissements, alimentaires d'abord, étaient devenus fécaloïdes. Altération des traits ; température normale à 37°8, pouls à 100 pulsations. Empatement très résistant de la région iliaque droite.

Opération. — Incision iliaque, ouverture d'un large foyer purulent fermé de toutes parts. Résection d'un appendice perforé et nageant au milieu du pus. On s'attendait à voir le malade aller mieux : il meurt le soir même.

Autopsie. — Le foyer évacué était parfaitement vide et nettoyé, mais, en même temps, on reconnaît la présence de deux autres foyers parfaitement indépendants et éloignés du précédent.

L'un siégeait dans l'excavation pelvienne.

L'autre dans la fosse iliaque gauche.

Ils étaient circonscrits par les anses de l'intestin grêle.

Le reste de la séreuse péritonéale était sain.

Observation 8

(Société de Chirurgie 24 juillet 1895. Communication du Dr Nélaton).

Autre exemple d'abcès secondaires péritonéaux à localisations multiples. Mort.

Une jeune femme entre dans le service avec des phénomènes d'occlusion. Intervention immédiate ; et l'on évacue :

Un foyer cœcal ;

Un foyer pelvien.

Mort dans la nuit. On constate à l'autopsie, un troisième foyer circonscrit par les anses de l'intestin grêle et remontant jusqu'au niveau du rein gauche.

Observation 9

Société de chirurgie, 16 octobre 1895. Communication du Dr Kirmisson.

Volumineux abcès secondaire fusant dans la profondeur du petit bassin : Guérison.

Le 29 août 1895, il se produisit dans le service du professeur Hutinel un cas d'appendicite chez un phthisique à la troisième période. Trente-six heures auparavant il avait été pris subitement d'une violente douleur dans l'abdomen, bientôt suivie de deux vomissements alimentaires auxquels avaient fait place des vomissements bilieux incessants. Ventre ballonné, muscles contractés, pouls filiforme à 140, température à 39°. point douloureux très net dans la fosse iliaque droite. Intervention immédiate.

Opération. — Incision dans la fosse iliaque droite, décollement du péritoine dans une certaine étendue, sans aucune trace de pus à sa face externe. Le péritoine incisé, anses intestinales agglutinées par des fausses membranes infiltrées de pus. Nulle part on ne put reconnaître l'appendice, point de départ des accidents. Mais se souvenant d'un point douloureux existant dans le flanc gauche,

on presse dans ce lieu. Aussitôt un flot de pus apparaît et plongeant le doigt, on pénètre ainsi dans le petit bassin. Lavage à l'eau boriquée et mise en place de deux gros drains adossés en canons de fusil. Pansement.

Suppuration minime les jours suivants. Le pansement est légèrement taché par les matières stercorales ; il y a donc une petite perforation intestinale. Etat général bon.

Le 2 septembre, suppression des drains, plaie bourgeonnante.

Examen bactériologique. — Il fut pratiqué après l'opération et démontra la présence en très grande abondance, du bacterium coli-commune.

Observation 10

(Société de Chirurgie, 17 juillet 1895. — Communication
du Dr Routier)

Abcès secondaire enkylé en arrière de l'estomac. Mort.

Un garçon de 16 ans, est pris de coliques appendiculaires ; au bout de huit jours, le ventre est ballonné, douloureux, avec maximum de douleur à droite.

Opération. — Laparotomie latérale donne issue à une assez grande quantité de sérosité louche ; lavage de la plaie et du péritoine ; appendice introuvable.

Les vomissements cessent, la langue et le poulx redeviennent bons. En somme, pronostic favorable.

Au neuvième jour, sans frisson, sans fièvre, sans

élévation du pouls, il accusa du ténésme rectal, de la diarrhée et le ventre se ballonna. Il y a un abcès ; mais où ? On cherche inutilement dans le voisinage de la région opérée, ou met de la glace sur le ventre, on fait de l'antisepsie intestinale ; malgré tout, le ventre se ballonne de plus en plus et vingt-un jours après l'opération, il succombait.

Autopsie. — Vaste abcès en arrière du colon transverse et de l'estomac, sans trace de péritonite ailleurs. Le colon descendant, comprimé par l'abcès, causait cet énorme ballonnement des derniers jours.

Observation 11

(Mestivier. Journal de méd. et chir., 1759, page 441)

Sur une tumeur située près de la région ombilicale, occasionnée par une grosse épingle trouvée dans l'appendice vermiculaire du cœcum.

Un homme, âgé d'environ 45 ans et d'une constitution assez robuste, se présenta à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, en l'année 1757, pour se faire traiter d'une tumeur considérable située près de l'ombilic. Le chirurgien-major constata de la fluctuation, l'ouvrit et il en sortit la valeur d'une pinte de pus d'assez mauvaise qualité. L'ulcère, qui résulta de l'ouverture de cette tumeur, ne fut pas long-

temps à être détergé, et malgré l'espérance d'une cure prochaine, la malade mourut.

Autopsie. — « Je fis, ajoute Mestivier, l'ouverture de son cadavre en présence du chirurgien-major. Je commençai par l'intestin cœcum qui nous offrit rien d'extraordinaire ; il n'en fut pas de même de son appendice vermiculaire. Ouvert, nous y trouvâmes une grosse épingle toute crustacée et tellement rongée en certains points, que le moindre effort l'aurait rompue. On concevra facilement, d'après ce que je viens de dire (malgré que le malade n'ait jamais parlé avoir avalé d'épingle) que celle qui fait le sujet de cette observation était renfermée depuis longtemps dans l'appendice. C'était elle qui, irritant les différentes tuniques qui entrent dans sa composition, y avait déterminé tous les accidents de la maladie et de la mort qui l'a suivie. »

Cette observation est discutable ; bien que l'ouverture de la collection ait eu lieu près de l'ombilic, on ne peut affirmer sa nature secondaire. Tout son intérêt réside dans son ancienneté.

Observation 12

(Eisenlohr. Berl. Klin. Woch., 1877, n° 37)

*Vaste abcès sous-phrénique consécutif à des coliques
appendiculaires*

Femme de 24 ans. Douleurs antérieures violentes dans la fosse iliaque droite. Péritonite, puis signes physiques

de pneumothorax. Mort le lendemain de l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Entre le foie et le diaphragme, cavité remplie de gaz et d'un pus fétide, verdâtre. Elle se prolonge en arrière entre la paroi postérieure de l'estomac, le petit épiploon, le pancréas, le duodenum, le colon transverse et la face inférieure du lobe gauche du foie. Perte de substance dans la paroi postérieure de l'estomac.

Observation 13

(Eisenlohr. Berl. Klin. Woch, 1877, n° 37)

Vaste abcès sous-phrénique. Perforation de l'appendice

Homme 18 ans. Fièvre. Foie abaissé. Signes physiques de pneumothorax. Mort dès son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Vaste cavité contenant des gaz et du pus entre le diaphragme, le foie et l'estomac. Diaphragme perforé : pyopneumothorax, péricardite sèche. Perforation de l'appendice vermiculaire.

Observation 14

(Jaffé. Deutsch. med. Woch. n° 16, 1881)

Appendicite, abcès sus-hépatique perforation du diaphragme. — Mort

Homme de trente ans, appendicite ; quatre semaines après, abcès sus-hépatique, perforation du diaphragme et

pénétration du pus dans la plèvre droite. Incision de l'abcès péri-hépatique ; deux jours après empyème ; mort sept jours après.

Autopsie. — Perforation de l'appendice, abcès péri-cœcal ; au-dessus du foie, vaste cavité pouvant contenir une tête d'enfant et ne communiquant pas avec l'abcès péri-cœcal.

Observation 13

(Taylor — Path. Transv. XIX, page 257)

Appendicite — abcès secondaires multiples

Autopsie. — Ulcérations de l'appendice, avec abcès multiples : dans la fosse iliaque gauche, dans la cavité recto-vésicale ; dans la région sous-hépatique, autour de la courbure du côlon ascendant et de la vésicule biliaire ; enfin abcès sous-diaphragmatique.

Scheurlen mentionne cinq cas d'abcès sous-diaphragmatiques dus à des appendicites ulcéreuses, (Charité annalen, 1889, page 159).

Kærte rapporte également cinq abcès sus-hépatiques d'origine appendiculaire, (Ueber chir. Behandlung, etc. 1891).

CONCLUSIONS

I. L'appendicite se complique parfois d'abcès enkystés péritonéaux secondaires, à distance.

II. La propagation de l'inflammation se fait par la voie lymphatique, les veines et, le plus souvent, par la voie péritonéale directe.

III. Les localisations des abcès secondaires sont multiples.

IV. Ces collections purulentes se traduisent toujours par des symptômes généraux quand elles ne sont encore qu'en voie de formation ; et par des symptômes locaux lorsqu'elles se sont organisées en abcès enkystés.

V. Le diagnostic devra se faire surtout par la courbe de la température et les phénomènes locaux propres à chaque localisation.

VI. Le pronostic, sans être sombre, sera toujours réservé.

VII. Le traitement consistera dans l'intervention chirurgicale précoce.

Vu :

Le Président de la thèse

GUYON.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bertelin. — Thèse de Paris 1894-95. Complications hépatiques de l'appendicite.

Besredka. — Th. de Paris 1896-97. Absès sous-phréniques.

Blocq. — Progrès médical, 25 avril 1885.

Croizat. — De la pleurésie droite comme complication de l'appendicite. Thèse de Lyon 1892.

Dance. — Archives méd. 1832, tome XXX page 152.

Deschamps. — Thèse de Paris 1886. Péritonite péri-hépatique enkystée.

Eisenhor. — Zwei Fälle von lufthaltiger Abcesse zwischen Diaphragma und Deber. Berl. Klin. Woch. 1877 n° 37.

— Ein Fall von hinter der Colon ascendens gelegnem abcess. Deutsche med. Woch. 1890 n° 44.

Einhorn. — Munchener med. Woch. 1891, pages 120 et 140.

Frcenkel. — Communication à la société de médecine interne de Berlin, 5 janvier 1891.

- Geimssem et Kusinaul.* — Annales de l'hôp. de Munich 1877.
- Grandsire.* — Thèse de Paris 1894-95. Abcès sous-diaphragmatiques.
- Guttman.* — Société de méd. int. de Berlin 5 janvier 1891.
- Jaffé.* — Deutsch med. Woch. 1884, n° 16.
- Kærte.* — Ueber chirurg. Behandlung der Perityphilis, 1891.
- Krafft.* — Revue méd. de la Suisse romande, avril 1889.
- Leyden.* — Ueber Pyopneumothorax subphrenicus. Zeitschrift f. Klin. med. 1879.
- Ein ockergelbes subphrenisches Exsudat. Deutsch. med. Woch 1889 page 437.
- Margery.* — Thèse de Lyon 1892. Appendicite infectieuse.
- Mestivier.* — Jour. gén. de méd. et chir. 1759, page 441.
- Piard.* — Thèse de Paris 1895-96. Suppurations à distance dans l'appendicite.
- Ramadan.* — Thèse de Paris 1891. Pyopneumothorax sous-phénique.
- Récamier.* — Thèse de Paris 1889. Rapports des reins.
- Roux de Lausanne.* — Congrès de chirurgie français 1890. Revue méd. de la Suisse romande 1890.
- Sallet.* — Thèse de Lyon 1894-95. Abcès périhépatiques d'origine appendiculaire.
- Scheurlen.* — Charité Annalen 1889, page 159.
- Société de méd. int. de Berlin,* séance du 5 janvier 1891.
- de chirurgie de Paris, séance du 9 mars 1892.
- 4 octobre 1893.
- 17 et 24 juill. 95.
- 16 octobre 1895.

Sonnemburg. — Deutsche med. Woch 1889.

Semaine médicale janvier 1891.

Starcke. — Charité Annalen 1882.

Taylor. — Path. transv. XIX page 257.

Verchère. — Revue de chirurgie 1888 page 539.



